Ruiz y Ortiz (A. M.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

ALGUNOS APUNTES

Sobre diagnóstico

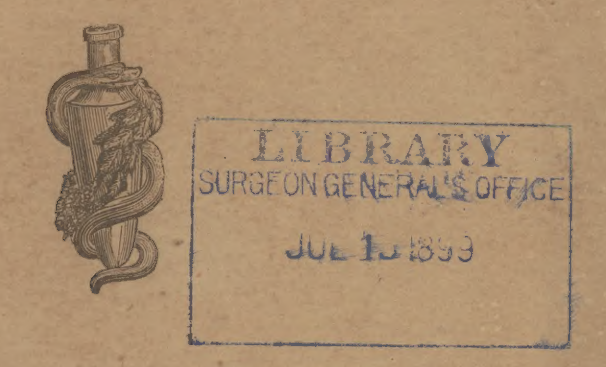
DEL CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

TESIS INAUGURAL

POR

ANTONIO M. RUIZ Y ORTIZ

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina
y practicante del Hospital "Maternidad é Infancia."



MÉXICO

IMPRENTA DEL GOBIERNO EN EL EX-ARZOBISPADO,

(Avenida Oriente 2, número 726.)

1890

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

ALGUNOS APUNTES

Sobre diagnóstico

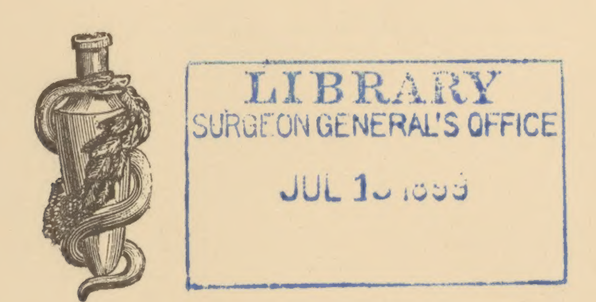
DEL CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

TESIS INAUGURAL

POR

ANTONIO M. RUIZ Y ORTIZ

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina
y practicante del Hospital "Maternidad é Infancia."



MÉXICO

IMPRENTA DEL GOBIERNO EN EL EX-ARZOBISPADO,

(Avenida Oriente 2, número 726.)

1890

A MIS AMADOS PADRES

JUSTO TRIBUTO DE INMENSO CARIÑO.

Al Sr. D. Miguel Bernal.

Al Sr. Dr. J. Ignacio Capetillo.

Al Sr. Dr. José Terréz.

Al Colegio del Estado de Puebla.

HAY dos afecciones del estómago que presentan entre sí tantas analogías, que su confusión es muy fácil, y sin embargo, su pronóstico varía de un modo notable: estas afecciones son el cáncer y la úlcera simple. El cáncer siempre causa la muerte; la úlcera sólo mata en una quinta parte de los casos. Todas las otras afecciones crónicas del estómago se les parecen, pero entre ningunas como ellas es tan perfecto el parecido, tanto que conocido el cáncer desde á principios del siglo XIV, no se distinguió de él la úlcera simple, hasta el año de 1830, en que Cruveilhier señaló los rasgos característicos de ambas: algunos creen que en Inglaterra ya se conocía la úlcera desde á fines del siglo pasado.

La diferencia de mortalidad entre una y otra, hace muy importante cuanto pueda influir en su perfecto diagnóstico, y cualquier signo que permitiera distinguirlas, sería de un valor clínico incomparable; por desgracia no existe, y aunque la marcha y el resultado del tratamiento sirven de criterio para diferenciarlas, dejan al médico (cosa corriente en clínica) en la penosa situación de tener que aplazar el diagnóstico, hasta que el tiempo y los aconte-

cimientos se lo presenten más ó menos claro, si no burlan su perspicacia hasta el fin.

Hay casos típicos en que el diagnóstico se hace evidente, porque los caracteres son muy claros; pero al lado de éstos, están otros en mayor número en que todo es duda, principalmente cuando la enfermedad comienza, y entonces se comprende toda la dificultad de reconocer la afección que se tiene al frente, dificultad que con frecuencia toca los límites de lo imposible.

El diagnóstico en general, tiene dos importantes resultados: el primero que, reconocida una enfermedad susceptible de ser curada por determinados medios, pueda ser dominada empleándolos del modo más conveniente que la experiencia lo haya enseñado, y el segundo que, por el modo con que acostumbra hacer su evolución, pueda predecirse aproximadamente su fin: ambos resultados interesan vivamente al enfermo, sin que pueda decirse cuál sea el que más le preocupe, porque no sólo quiere encontrar alivio á sus males, sino conocer su trascendencia, su resultado probable.

El caso que nos ocupa es de aquellos en que más difícil se hace llegar á los resultados antes dichos; pues aunque en un tiempo, y próximo, se creyó que tenían signos especiales, y en tal supuesto se trazaron de ellas retratos que, aunque presentaban bastante aire de familia, eran suficientes para distinguirlas, pronto se vió que no correspondían á la realidad, pues los síntomas se presentan ya en una ya en otra de las afecciones estomacales. Buscóse entonces la manera de distinguirlas por otros signos y de nuevo se creyó tener la clave; pero volvió á mirarse que los nuevos signos no lo eran en realidad, y que también se encuentran indistintamente en ellas. Así pues, la cuestión sigue en el mismo estado, y el signo patognomónico está por encontrar.

A falta de signo característico, lo que casi nunca existe, hay que buscar un conjunto de fenómenos que por su agrupamiento y por sus cambios, sea especial á cada caso. Esto también ofrece grandes dificultades: la fisonomía de cada mal es un Proteo que cambia en cada caso; pero con mayor fundamento juzgará, el que tenga en cuenta mayor número de datos, y sus juicios así, estarán más cerca de la verdad.

Vamos á ver el conjunto que ofrece el cáncer en los casos reputados típicos, y procuraremos en seguida apreciar el valor de cada síntoma aislado, considerando todos los estados patológicos en que puede presentarse, después de lo cual apreciaremos mejor las dificultades del diagnóstico y lo que éste puede esperar de la clínica.

***

Etiología.—El cáncer del estómago se desarrolla casi siempre de una manera oscura y sin la intervención de una causa apreciable; pues cuando ésta existe, es impotente, cualquiera que sea, para hacer nacer la enfermedad, si el individuo sobre que obra no lleva en sí el germen ó la predisposición: esta predisposición, según opina Lebert, es trasmitida por herencia en $\frac{1}{6}$ de los casos.

Hay causas determinantes que juntas á la predisposición innata ó adquirida producen su manifestación, y de éstas, las más eficaces son las emociones morales depresivas, como la tristeza, los disgustos continuos, que son una de las causas más frecuentes de cáncer. La edad tiene alguna influencia, porque comunmente se desarrolla entre 35 y 60 años. El sexo no tiene influencia bien marcada sobre su producción, aunque parece más común en la mujer en la época de la menopausa. La irritación del

estómago causada por el abuso de alimentos, de bebidas alcohólicas, por gastritis crónica, por contusión de la región epigástrica, se ha considerado como causa de la enfermedad; pero tanto éstas como las anteriores no pueden producirla si no hay predisposición. La predisposición parece (como dice H. Hallopeau) completamente local; no está probado que se refiera á la diátesis herpética, y la diátesis cancerosa misma, que se ha invocado para explicar la multiplicidad de tumores y la caquexia, parece no ser otra cosa, que la diseminación de los elementos del tumor primitivo en el organismo, por medio de los linfáticos y las venas. Según opinan Teissier y Boinet, el cáncer del estómago tiene relaciones perfectamente probadas con el artritismo y la diabetes.

El antagonismo que se ha señalado entre esta enfermedad por una parte, y por otra, la tuberculosis y las afecciones valvulares del corazón, no está probado; casi siempre es primitivo, pero suele ser consecutivo á un cáncer vecino, del hígado, intestino, ganglios, ó aparece tardíamente después de haberse manifestado la diátesis en un órgano lejano.

No trataremos de la anatomía patológica, porque cualquiera que sea la forma que revista el cáncer, ofrece una misma fisonomía, y sólo vamos á considerar lo que se relacione con el diagnóstico.

Síntomas.—Los síntomas subjetivos y las perturbaciones funcionales, no tienen en sí nada de característico; su conjunto mismo nada revela, pero esta no es razón para desecharlos, y por lo mismo que, con frecuencia son causa de error en el primer período de la enfermedad, conviene estudiarlos con mucho cuidado. Ante todo debemos, como lo hace Jaccoud, eliminar aquellos casos en que la lesión es *ignorada hasta la autopsia*, por la razón de que no producen ningún síntoma: comprenden los ca-

sos de cáncer infiltrado de la pared, sin alteración del cardias ni del píloro, que presenta el carácter latente sobre todo cuando es secundario.

Hay otro grupo de casos menos raros, en que sólo es posible un diagnóstico probable y por exclusión: no hay dispepsia, ni vómitos, ni tumor; pero cuando en un individuo que ha pasado de la edad adulta, sobreviene enflaquecimiento continuo y un estado caquéctico, que no puede explicar ninguna alteración orgánica apreciable, la experiencia ha enseñado que las probabilidades están en favor del cáncer estomacal; éste por su sitio y disposición topográfica, queda sin efectos locales y no produce sino la caquexia propia á la diátesis.

En la mayoría de los casos los síntomas son más ostensibles, y clínicamente, conviene distinguir dos períodos: el primero de dispepsia, y el segundo de tumor y caquexia.

El período inicial está caracterizado por dolores, perturbaciones digestivas y vómitos; son síntomas de toda enfermedad gástrica y sólo apreciando los diversos matices, se les puede imputar al cáncer más que á otro estado morboso. Aparecen por lo común en una edad en que no es frecuente la gastralgía pura, ni las dispepsias sintomáticas de la clorosis, histeria ó dismenorrea; además, están acompañados de un cambio rápido y muy marcado en la moral y el carácter del enfermo, que se pone triste, melancólico, irritable; busca la soledad y se preocupa mucho de su estado. En cuanto á los síntomas mismos tienen de ordinario los caracteres siguientes:

El dolor que muy rara vez falta, es contusivo y lancinante, se localiza en el epigastrio y repercute en el dorso, aumenta por la presión, por la ingestión de los alimentos y en esto se parece al de la úlcera simple; pero difiere por su menor vivacidad y sobre todo, porque no reviste la for-

ma de accesos cardiálgicos, sino rara vez; difiere además por su continuidad: no se observan los períodos de remisión propios de la úlcera.

Las perturbaciones digestivas son las del catarro crónico: el apetito está disminuído, las digestiones son lentas, penosas; los enfermos tienen agrios y á veces pirosis; en algunos casos la anorexia presenta de especial en el cáncer, que es muy pronunciada, principalmente para los alimentos azoados y muy particularmente para la carne, y esto mucho tiempo antes de la aparición de las otras perturbaciones funcionales.

Los vómitos pueden faltar en las primeras faces de la enfermedad, lo que en ocasiones excepcionales sucede hasta el fin. En otros casos menos excepcionales, el vómito principia por la expulsión de una materia negra muy significativa; pero por lo común hay durante el período dispéptico, vómitos no sanguinolentos y raros, que van aumentando de frecuencia. Al principio el vómito se presenta (aunque puede venir á cualquiera hora del día), comunmente por la mañana en ayunas, y consta de materias babosas y viscosas como la pituita de los alcohólicos: este síntoma en un individuo viejo y no alcohólico, debe infundir serios temores (es casi característico según Jaccoud). Un poco más tarde el vómito es alimenticio; es más ó menos rápido según que la lesión se sitúa en el cardias ó en el píloro, y la misma circunstancia explica el aspecto diferente que presentan los alimentos expulsados: unas veces apenas los modifica la digestión gástrica y se reconocen perfectamente, otras han sufrido la quimificación y no pueden ser distinguidos: en los dos casos están mezclados de mucosidades espesas y de un líquido amarillento ó verdoso, de sabor ácido ó amargo.

La presencia de sarcinas es muy común; no así la de elementos cancerosos, porque el tejido morboso pierde sus caracteres á medida que se reblandece.

La frecuencia del vómito está subordinada al sitio de la lesión y al grado de la estrechez pilórica; pero sería un error considerar este estrechamiento como la causa única del síntoma: se le observa en cánceres que no estrechan el orificio duodenal, y entonces resulta de la parálisis ó la destrucción de las fibras musculares; no hay contracción para impulsar la masa al través del píloro y cuando la distención del estómago es muy grande, un movimiento antiperistáltico le lleva en parte ó en totalidad al cardias: es pues el efecto de una causa mecánica, pero no es producido por una estenosis.

Debe contarse también con el catarro concomitante y con la alteración del jugo gástrico que producen el vómito por indigestión; en fin, con la irritación que causa la formación morbosa misma, de donde resulta el vómito por irritación, que es el más precoz y varias veces queda aislado mucho tiempo. Los diversos factores de este síntoma le dan caracteres distintos: el vómito por irritación no está ligado á la alimentación; se verifica también en ayunas y cuando es alimenticio, sobreviene poco después de la comida y comprende todas las sustancias ingeridas; pero es por lo común poco abundante, porque la irritación del estómago no permite una repleción notable: el vómito por indigestión es siempre alimenticio y se verifica en el período de 3 ó 4 horas que dura la digestión gástrica; no es ni constante ni total y presenta las mismas particularidades que en el catarro simple, es decir, que no se puede establecer relación entre la naturaleza de los alimentos y su digestibilidad; algunos alimentos comunmente indigestos son perfectamente tolerados, mientras que otros fáciles de digerir al estado normal, son constantemente expulsados, y esta especie de antagonismo del estómago con ciertas sustancias, constituye lo que se ha llamado vómitos electivos y que se encuentran también

en la úlcera simple y en el catarro crónico. Los vómitos se efectúan en un orden inverso al de la ingestión de las sustancias, es decir, que son arrojadas primero las últimas ingeridas; pero cuando hay dilatación permanente del estómago ó estrechez del píloro, se observa la expulsión de los alimentos de comidas pasadas, cuando los últimamente ingeridos son retenidos; no se ha explicado satisfactoriamente este hecho. Las sustancias irritantes y de digestión difícil son las expulsadas y por eso con ciertas precauciones de régimen los vómitos pueden conjurarse algún tiempo: el vómito mecánico por estenosis es constante, pero no es siempre total; en muchos casos es el exceso lo que se arroja solamente, además, no se verifica necesariamente después de cada comida; puede ser tardío y sobrevenir al cabo de tres ó cuatro comidas solamente y esto depende del grado de dilatabilidad gástrica. El vómito mecánico por inercia muscular es el más tardío de todos; la capacidad del estómago llega entonces á su máximum y la expulsión sólo se verifica cuando está enteramente lleno, y es tanto más copioso cuanto es más raro.

El vómito por estenosis puede disminuir de frecuencia ó aun cesar momentáneamente en el curso de la enfermedad y este fenómeno coincide algunas veces con la hematemesis; es debido al reblandecimiento y eliminación del tejido canceroso, causa del obstáculo; en otros casos la diminución del vómito resulta de los progresos de la dilatación gástrica y de la inercia creciente de las túnicas musculares.

El *vómito de sangre* ó *hematemesis* es un síntoma frecuente, pero no constante (42 por ciento según Brinton), tal vez por lo raro que es en el epitelioma que parece ser el más común de los cánceres del estómago; la hemorragia que lo produce no siempre tiene el mismo origen: cerca del principio es por una fuerte hiperhemia que rompe

algunos capilares; más tardíamente resulta de la ulceración que rompe los vasos de la masa cancerosa, ó es la consecuencia de la abertura de los vasos que rodean al estómago, y en este último caso la hemorragia es muy abundante y puede causar la muerte. En los dos primeros, es poco considerable y por su permanencia en el estómago, sufre un principio de digestión y es expulsada bajo el aspecto de un polvo negro desleído en un líquido ó mezclado á los alimentos, que se ha comparado al hollín ó á los asientos del café. Una parte de la sangre puede ser expulsada por las evacuaciones (melena) y en algunos casos no hay hematemesis y toda la sangre se elimina por los intestinos. La hematemesis de sangre pura puede, aun ser el síntoma inicial.

El estado de las funciones del intestino es variable; pero en general la constipación es la regla al principio de la enfermedad, y mientras no hay reblandecimiento y ulceración; desde este momento la diarrea *(lienteria á veces)* si no constante, es muy frecuente, y resulta de la irritación producida por los elementos cancerosos y los líquidos de mala naturaleza que pasan al intestino. Lo más común es que haya alternativas de estreñimiento y diarrea, cosa muy común en toda dispepsia.

El *período caquéctico* está constituído (en los casos de síntomas completos) por la caquexia especial al cáncer y por el tumor.

La caquexia no presenta desde luego el conjunto de sus caracteres; aparece gradualmente, revelándose al principio por enflaquecimiento y cambio de color del rostro que se pone amarillento, terroso y aun verdioso. Pronto se generaliza este tinte á todo el tegumento externo; la piel está seca, escamosa, pierde su elasticidad, se cubre de arrugas, y la pequeñez del pulso indica la debilidad del impulso cardíaco. En algunos casos, y sin que haya nin-

guna complicación inflamatoria, se produce una *fiebre héctica*, que junta sus efectos á los de los otros síntomas y aumenta la consunción del enfermo, apresurando el término fatal. La orina entonces, es muy escasa, muy densa y cargada de urea y uratos. Se producen hidropesías, ya mecánicas por flebitis ó trombosis, ya caquécticas, y este síntoma es muy frecuente (98 por ciento según Brinton).

Según el mismo autor, el tumor existe 80 veces por ciento. La forma anatómica del cáncer no tiene influencia sobre su aparición; pero sí la tiene sobre la precocidad de su desarrollo: el tumor producido por el esquirro es el más tardío. No siempre se nota una saliente circunscrita en forma de tumor; en el esquirro y en el coloide no es raro que se produzca una infiltración general que aumenta la resistencia y la rigidez de las paredes del estómago, en la mayor parte de su extensión; se encuentra entonces en la región epigástrica, y desbordando lateralmente hacia los hipocondrios, un empastamiento resistente que dibuja algunas veces, á la vista, la forma del estómago y da á la percusión un sonido timpánico ó mate, según su estado de vacuidad ó de repleción, Estas modificaciones del ruido de la percusión, los cambios de extensión de la parte endurecida y la poca influencia que sobre ella tienen los movimientos del diafragma, son otros tantos signos que la distinguen de la induración epigástrica difusa del lóbulo izquierdo del hígado. En esta forma en capa, sobre todo en la coloide, se observan á menudo, abajo del epigastrio, núcleos indurados y superficiales que dependen de la alteración del epiplón.

En la mayor parte de los casos se produce un verdadero tumor; pero, por las relaciones del estómago, se comprende, que no todos ellos son apreciables al través de la pared abdominal, y que, aunque se reconozca el tumor, no siempre se puede con certeza referir al estómago. Muchas

veces esta segunda parte es muy difícil de resolver por la palpación sola, y hay que recurrir á los otros síntomas para eliminar los tumores del hígado, epiplón, cólon, páncreas, ganglios y gruesos vasos arteriales.

Se aprecia fácilmente el tumor, cuando ocupa la parte media del del estómago, el píloro ó la gran curvatura; pero es muy difícil sentirlo, cuando ocupa el cardias, la pequeña curvatura ó la cara posterior. En todas circunstancias pueden aumentarse las dificultades por el desalojamiento del órgano: entonces, aun cuando el píloro quede fijo en su situación normal, una dilatación total puede modificar la posición del estómago y sus relaciones. Cuando el mismo píloro se desaloja por falta de adherencias, entonces el trastorno topográfico es más completo, y con toda justicia se vacila en referir al estómago, un tumor que se encuentra en el flanco, el hipogastrio y aun sobre el pubis.

En los casos ordinarios, el tumor ocupa el hueco epigástrico propiamente dicho, ó está detrás de la extremidad superior del músculo recto del abdomen del lado derecho, poco separado de los ángulos de las costillas.

El tumor es redondo ú oval; á veces liso, tiene la forma de una masa homogénea y dura; á veces desigual, está sembrado de nudosidades salientes más ó menos voluminosas; á veces en torta (gâteau) no tiene límites precisos. El grado de resistencia que ofrece á la palpación, varía casi al infinito; puede ser inmóvil ó movible, ya por la mano del observador ó por las modificaciones topográficas que experimenta el estómago, según esté vacío ó lleno: esta movilidad explica los casos en que el tumor, sentido en un momento, ya no se encuentra en otra exploración. Al nivel del tumor el sonido á la percusión está modificado; no es enteramente mate, pero tampoco es tan timpánico como al estado normal; siempre hay una submacicez que

debe apreciarse, comparando el sonido de los puntos simétricos.

El tumor presenta á la palpación, una sensibilidad más ó menos marcada; pero no hay dolor vivo sino en caso de que por la proximidad ó la extensión del cáncer, se desarrolle una peritonitis.

En el período caquéctico, la fisonomía de la enfermedad se modifica notablemente por la coincidencia de un cáncer del hígado, cosa que no es muy rara, y entonces hay ictericia persistente y ascitis. El derrame peritoneal existe igualmente cuando el cáncer invade el peritoneo ó los ganglios. La ascitis por caquexia, sin obstáculo mecánico, es muy rara y mucho menos considerable.

En vista de lo inconstantes y equívocos que son los anteriores síntomas se buscaron por otro lado, medios de reconocer el cáncer, y con este fin se estudiaron las modificaciones químicas del jugo gástrico y la orina, el estado de la sangre, y se tuvo en cuenta el estado de los ganglios, como lo hace la cirugía en los cánceres externos. Para evitar repeticiones no estudiaremos estos signos sino cuando hagamos el examen crítico de los signos de la enfermedad al estudiar el diagnóstico; porque como después veremos, no tienen tampoco el valor que se les atribuyó al principio, aunque por la misma carencia de buenos signos, hay que utilizar todos los que puedan aumentar las probabilidades para establecer el diagnóstico.

Marcha, terminación y pronóstico.—La duración media del cáncer del estómago es de trece meses, según Laveran y Teissier; de doce á quince, según Jaccoud; y Brinton cree que cuando más puede llegar á tres años, pero por los nuevos estudios que se han emprendido, se han visto casos en que la duración es mucho mayor algunas veces: 4 años en uno de Lav. y Teis.; 10 años en uno de Dujardin Beaumetz; y hasta 15 ó más; aunque respecto

de estos cánceres de marcha lenta, muy recientemente el Dr. Rosenhein,[1] ha emitido la opinión de que su larga duración es debida á que son consecutivos á la úlcera simple, y esto tal vez explique las particularidades que oportunamente señalaremos. Estos son interrumpidos, por lo regular, por períodos de remisión en que se cree el mal curado, y B. Teissier, los reunió con el nombre de pseudo-cánceres del estómago; pero el mal no pierde sus derechos y tarde ó temprano conduce á su fin. Por lo regular su marcha es progresiva y fácilmente conduce á la caquexia, menos cuando alguna brusca complicación, como gastrorragia ó perforación, causa violentamente la muerte. Al lado de estos cánceres de marcha lenta hay otros rápidos que sólo duran tres ó cuatro meses. Cuando el cáncer del estómago se propaga al hígado, pleura, etc., entonces la marcha se hace más violenta. La muerte es el resultado constante, y aunque se han citado casos de curación, no deben creerse felices excepciones, sino casos mal observados: lo que pasa con los cánceres exteriores, que si no se extirpan por completo nunca curan, no podía ser una excepción en el caso que nos ocupa.

Tratamiento y sus efectos.—Sólo puede ser sintomático; pues aunque se ha intentado el quirúrgico, resecando el píloro con la intención de obtener la curación radical, siempre ha sobrevenido la muerte en corto tiempo: el caso en que más sobrevivió el enfermo á la operación (tres meses), pertenece á Billroth. Como el resultado del tratamiento puede servir en algunos casos para esclarecer el diagnóstico, al ocuparnos de éste, discutiremos el valor que pueda tener aquel como elemento de diagnóstico.

Diagnóstico.—Antes de ocuparnos del diagnóstico di-

1 Gazette des Hopitaux.—Año 63º, núm. 71.

ferencial, vamos á examinar el valor de cada uno de los síntomas que ofrece el cáncer del estómago en sus distintas manifestaciones, para lo cual solo hemos tenido que tomar del artículo que en la gaceta de los hospitales publicó el Dr. Lyon[1] sobre diagnóstico del cáncer del estómago.

EXAMEN CRITICO DE LOS SINTOMAS CLASICOS.

A.—Valor de los signos conmemorativos.

El cáncer del estómago, como dijimos, es hereditario en un sexto de los casos, y esta noción de *herencia* nos será muy útil para el diagnóstico, cuando tengamos al frente á un enfermo con una afección grave del estómago; pero si no hay otro signo más cierto de cáncer, es preciso ser muy reservado: un dispéptico, sin ser canceroso, puede descender de uno que haya tenido evidentemente un cáncer.

Los antecedentes personales tienen cierta importancia: se sabe que el cáncer se instala fácilmente en los que padecen antiguas dispepsias; pero por otra parte, estos mismos antecedentes pueden inducir á error; así se cree en una gastritis agravada, sin considerar que esta agravación puede ser el hecho mismo del cáncer.

La edad puede tener algún valor, si se considera que entre 35 y 60 años es más común; pero una edad menor, cualquiera que sea, no excluye la idea de cáncer, porque

1 Gazette des Hopitaux.—Año 63º, núms. 20 y 23.

el cáncer precoz no es raro y aun puede ser hereditario. Hasta hoy la proporción de cánceres precoces es de 1 por ciento.

B.—Valor de los signos funcionales.

I. *Dolor.*—El dolor es uno de los fenómenos más constantes; se le encuentra en 92 por ciento de los casos, según Brinton; pero presenta tantas variedades en su intensidad y sus otros caracteres, que su valor diagnóstico disminuye mucho. Puede estar localizado ó no, ser continuo ó intermitente; puede limitarse á una sensación de peso en el epigastrio ó ser sumamente agudo, exasperarse por la ingestión de los alimentos, acompañarse de vómitos y simular por lo mismo la úlcera, y tanto más, cuanto que puede ser *en broche*, es decir, tener puntos epigástrico y espinal correspondientes. Por el contrario, puede faltar completamente, y todas estas circunstancias hacen comprender que no puede ser un buen elemento de diagnóstico. Dujardin Beaumetz ha dicho que no hay peor signo que él.

II. *Anorexia.*—Antes de revisar las perturbaciones digestivas, conviene notar que son en general muy variables en intensidad, y que se pueden observar todas las variedades, desde el cáncer con anorexia completa, disgusto invencible por los alimentos y vómitos incesantes, hasta el cáncer latente, en que las perturbaciones digestivas son tan escasas, que apenas llaman la atención. Esto se debe á que tales perturbaciones no dependen esencialmente de la neoplasia cancerosa, sino que están subordinadas al estado de la mucosa gástrica; si el cáncer está limitado y el resto de la mucosa está sano, se conservará el apetito y por mucho tiempo se hará bien la di-

gestión; pero si, como es frecuente, el cáncer se instala en un antiguo dispéptico, cuya mucosa se halle en vía de degeneración, entonces los fenómenos gástricos revestirán desde un principio un carácter de gravedad.

Si consideramos ahora la anorexia, que de todas las perturbaciones gástricas es la primera que aparece, notaremos su existencia en la mayor parte de los casos. Es un síntoma común á muchas afecciones del estómago; pero en el cáncer tiene de especial, que es persistente y electiva: el enfermo, á más de la inapetencia, tiene verdadera repugnancia por ciertos alimentos y en especial la carne. Téngase presente que este síntoma se encuentra en los tuberculosos, saturninos, alcohólicos, brîghticos y cloróticos.

Aunque lo anterior tiene gran valor, no debe olvidarse que hay casos en que el enfermo conserva el apetito hasta los últimos momentos, como en uno de Marc-Mathieu: se trataba de un soldado que se creía atacado de solitaria y que, hasta su muerte, conservó un hambre canina. En los casos de este género se trata de cánceres limitados, que dejan á la mucosa su integridad casi completa.

III. *Eructos, Hipo.*—Los eructos fétidos (huevos podridos) llaman á menudo la atención del médico; pero no son especiales al cáncer, se les encuentra también en la dilatación del estómago. El hipo se ha señalado muchas veces.

IV. *Vómitos.*—Los vómitos son alimenticios ó no, rápidos ó tardíos.

Los no alimenticios se caracterizan por una especie de pituita que sobreviene indiferentemente en la mañana ó en el resto del día, y se distingue de la de los alcohólicos, en que éstos necesitan esfuerzos penosos de expulsión, mientras que las *aguas del cáncer* son expulsadas sin esfuerzo, por una especie de regurgitación.

Los alimenticios, como los anteriores, se presentan sobre todo al principio de la enfermedad, no tienen nada de especial y sólo son característicos cuando sobrevienen con regularidad, sea inmediatamente, sea muchas horas después de la comida: en los dos casos indican un cáncer de los orificios.

En el cáncer del píloro son abundantes y raros, como ya dijimos en la sintomatología, y presentan desechos, más ó menos modificados, de las comidas anteriores y contienen algunos grumos sanguíneos, sarcinas, toruláceas y á veces colgajos cancerosos, que se reconocen por el microscopio; pero no debe olvidarse que estos vómitos no son exclusivos al cáncer, que sólo son la consecuencia de la dilatación que acompaña al cáncer del píloro, y se les puede encontrar en la dilatación no sintomática del cáncer, por lo que carecen de valor absoluto. Algunas veces faltan, como ya también dijimos antes.

Los vómitos sanguíneos se consideraron mucho tiempo como característicos, y se creía el vómito negro y poco abundante, comparable á los asientos del café, como un signo casi cierto del cáncer: pues bien, el vómito negro puede faltar en el cáncer y se le puede encontrar en otras afecciones del estómago y aun extrañas á él. Se puede producir en todos los casos en que la mucosa está congestionada ó ulcerada, y las ulceraciones se producen, sobre todo, por la permanencia prolongada de los alimentos que han sufrido la fermentación; así es que se les puede ver en la dilatación del estómago, en la gastritis crónica antigua, y en la forma particular á los alcohólicos, que Brinton ha llamado linitis plástica, y que Hanot y Gombault llaman esclerosis submucosa hipertrófica. Por otra parte los vómitos negros se han observado en la úlcera; se les ha observado en un caso de cáncer del hígado sin participio del estómago; pueden ser debidos á

una simple congestión venosa sin desgarradura de los vasos: en un caso referido por MM. Josías y Derignac, los ganglios que corresponden al pliegue gastro-hepático y á la vena porta, degenerados, enlazaban todos los vasos y determinaban la éxtasis venosa, causa de la hemorragia.

Si el vómito negro no es exclusivo del cáncer, el de sangre roja tampoco lo es de la úlcera, y puede venir en el cáncer cuando se interesa un grueso vaso; por otra parte, se le puede ver fuera de estas dos enfermedades y Galard tiene tres observaciones de aneurismas miliares de las arterias del estómago, que han causado hemorragias mortales.

En resumen, se debe concluir, con Deschampes, que es conveniente separar la hematemesis de la idea de cáncer del estómago, con la que tanto tiempo estuvo enlazada.

V. *Las perturbaciones intestinales* no tienen nada de caraterístico. Los cancerosos están estreñidos por diferentes razones, entre las cuales se halla la reducción de la cantidad de alimentos y sobre todo el régimen lácteo. A más del estreñimiento, se puede observar meteorismo; los enfermos tienen á veces cólicos y hemorroides, y estos síntomas, juntos con la caquexia progresiva y el tinte amarillo pajizo, pueden hacer creer en un cáncer del recto. La diarrea puede igualmente mostrarse en el curso del cáncer; viene por crisis bajo la forma de *despeños* (dèbâcle) ó de un modo continuo, sobre todo en el período último.

Según Tripier, estos síntomas podrían hacer confundir el cáncer con la tuberculosis pulmonar, la anemia perniciosa ó la nefritis intersticial.

Trouseau y Brinton habían dicho, que la constipación era ordinariamente el primer fenómeno observado; que la diarrea es por lo regular posterior, y que era una de las

consecuencias de la ulceración. Leube ha hecho ver que no existe en esto ninguna regla y que, en el curso de la enfermedad, ambos síntomas se presentan indistintamente uno después de otro. A veces se observa verdadera *lienteria* después del estreñimiento; esto depende de la incontinencia del píloro por la ulceración del tumor.

C.—Valor de los signos físicos.

I. *Dilatación.*—Acompaña frecuentemente al cáncer, y es exclusiva del del píloro. Aisladamente no tiene ningún valor diagnóstico. Fuera del cáncer, muchas otras causas pueden producirla y exceptuando los casos en que parece idiopática y constituye toda la enfermedad, hay otros muchos en que está subordinada á las gastritis crónicas ó aun á la úlcera simple. Por otro lado, cualquiera que sea su causa, puede producir, por las *auto-infecciones* que determina, un estado general grave que se traduce por un conjunto de síntomas análogos á los del cáncer. La *flegmasia alba dolens* que se consideraba como uno de los mejores signos del cáncer (signo de presunción) y que permitió á Trousseau conocer la enfermedad que él mismo llevaba, puede aparecer en el curso de la simple dilatación como lo ha demostrado Bouchard.

II. *Tumor.*—Es uno de los mejores signos del cáncer. Se siente casi siempre una tumefacción saliente en el epigastrio, con una masa principal á la derecha de la línea media; pero no es raro encontrarla en la región umbilical ó más abajo: rara vez se nota en el hipocondrio izquierdo. La movilidad del tumor, que cambia de lugar, según esté el estómago, lleno ó vacío, dificulta su examen. De un modo general, un tumor del estómago no

sigue los movimientos del diafragma como lo hacen los del hígado y bazo; pero esta inmovilidad durante los movimientos respiratorios, no tiene un valor absoluto, y por otro lado, por poco que adhiera el estómago al hígado, participa de los movimientos del diafragma y esto complica mucho el diagnóstico del sitio. El tumor es desigual, sensible á la presión y da á la percusión un sonido más ó menos macizo.

Falta mucho sin embargo, para que se pueda considerar el tumor como un signo de valor absoluto para el diagnóstico. En efecto, puede no existir en el sentido vulgar de la palabra, ó si existe, puede no sentirse ó ser de naturaleza distinta.

a.—El tumor puede no existir. Si se toma el término tumor en su acepción más concreta, es decir, en la de un neoplasma limitado, que se distinga claramente por la palpación y la percusión, puede decirse que muchos cánceres del estómago no forman tumor, están infiltrados, extendidos en capa difusa y escapan á nuestros medios de investigación.

Por otra parte, puede no notarse en un momento dado y sí notarse después ó viceversa: á menudo se hace accesible en el último período, cuando hace poca falta para establecer el diagnóstico.

b.—El tumor existe, pero no es percibido. De un modo general, mientras más se aleja de la pared anterior, es más difícil percibirlo. Los del cardias y la pequeña curvatura quedan casi ignorados.

El del píloro es el que se reconoce con más facilidad, aunque no en todos los casos; puede estar situado debajo las falsas costillas ó de una parte del hígado crecida por el mismo cáncer; en fin, el píloro puede, por adherencias anormales, ocupar una situación anómala, y entonces se le busca en vano en su sitio habitual.

Además, la busca del tumor puede dificultarse por ciertos obstáculos: la contracción de los músculos rectos del abdomen es en ciertos sujetos un impedimento absoluto á la exploración; la coincidencia del cáncer del estómago con ascitis, sintomática á menudo de carcinosis peritoneal, impide reconocer el tumor.

c.—El tumor no es debido al cáncer ó este pertenece á los órganos vecinos. Leube ha llamado la atención sobre estos falsos tumores, que pueden dar la ilusión del cáncer y que desaparecen en el curso del tratamiento. Cuando el tumor aparente se sitúa en el estómago, está á menudo constituído por el engrosamiento de las paredes, que existe en la linitis plástica de Brinton. Simula muy bien el cáncer, tanto por los síntomas funcionales, como por la tumefacción á que dé lugar.

Una úlcera con engrosamiento de los bordes y peritonitis circunscrita á las cercanías, puede igualmente simular un tumor maligno.

Las afecciones de los órganos vecinos pueden igualmente inducir á error: se han visto personas, en que sobrevienen bruscamente vómitos tenaces, dolores intensos y un desmejoramiento rápido: estas perturbaciones eran provocadas por una hernia del estómago, al través de una desgarradnra de la línea blanca; en tales circunstancias se puede reconocer la hernia por la presencia de un pequeño tumor, sonoro á la percusión y fácilmente reductible; la reducción permite apreciar el orificio herniario.

Los errores más frecuentes, consisten en tomar por cáncer del estómago, una vesícula biliar llena de cálculos ó atacada de cáncer, ó bien el lóbulo izquierdo del hígado, canceroso ó deformado por un quiste hidático. La acumulación de cálculos en la vesícula biliar, constituye un tumor mate y desigual, que puede dar la ilusión de un píloro endurecido; pero la vesícula está más á la derecha que el

píloro y algunas veces se pueden sentir los cálculos por la palpación; además, no hay perturbaciones funcionales. El cáncer de la vesícula puede simular al del estómago, tanto más, cuanto que determina su dilatación por compresión del píloro: el sitio del tumor y la ictericia concomitante podrán, acaso, permitir el diagnóstico. El quiste hidático del hígado se reconoce por la punción capilar, y el cáncer del hígado no puede desconocerse mucho tiempo, por su rápida evolución, la icteria y los lóbulos en forma de castaña que se perciben por la palpación; además esta forma de cáncer del hígado es con frecuencia consecutiva á un cáncer del estómago. Difícil será evitar un error de diagnóstico, cuando se trate de un cáncer de la cabeza del páncreas, que comprima al píloro: no se encuentran siempre los signos particulares al cáncer de este órgano.

El infarto de los ganglios situados á lo largo de las curvaturas del estómago, puede hacer creer en un tumor de la cara anterior ó de los bordes.

En las personas flacas, el cáncer gástrico puede presentar pulsaciones isócronas al pulso y simular un aneurisma de la aorta ó del tronco celíaco; pero en el aneurisma hay movimientos de expansión, que no se encuentran en los tumores, que solo se levantan en masa.

III. *Edema, ascitis.*—El edema de los miembros inferiores, es á la vez elemento precioso de diagnóstico y causa de error. Por un lado la aparición del edema ha permitido hacer el diagnóstico, que era dudoso, en un individuo que tenía graves perturbaciones gástricas y no tenía tumor. En los casos de cáncer precóz en particular, la rápida aparición del edema en un dispéptico, deberá hacer pensar inmediatamente en la existencia de un neoplasma, y esta indicación será más útil, si se piensa que las perturbaciones gástricas en los cancerosos jóvenes, no son decisivas.

El edema puede observarse en ciertas gastritis cróni-

cas con dilatación, y no implica una terminación fatal; puede desaparecer por un tratamiento apropiado, como es el lavado del estómago; en fin, el edema se le ha visto en la úlcera, y se concibe entonces lo fácil de la confusión.

La ascitis ha causado muchos errores: se atribuye á un cáncer del peritoneo, lo que puede ser cierto; pero se desconoce el cáncer del estómago al cual acompaña, ó se piensa en una peritonis crónica de forma ascítica, ó en una cirrosis del hígado.

IV. *Flegmasia alba dolens.*—Ya hablamos de ella al hacerlo de la dilatación.

V. *Púrpura.*—Cuando sobreviene en el curso de una afección gástrica grave, no se puede decir que dependa del cáncer, porque también acompaña á la dilatación.

D.—Valor de los signos generales.

La caquexia del cáncer no tiene nada de característico, solo tiene valor por su coincidencia con los signos habituales: anorexia, vómitos, hematemesis y tumor, y cuando las perturbaciones digestivas son poco acentuadas, puede simular la anemia perniciosa progresiva ó la leucemia.

Ciertas gastritis crónicas determinan una verdadera caquexia, y es preciso poner frente á frente del cáncer la dilatación, aunque tal vez se ha exagerado mucho la gravedad de esta última; pero hay una forma de gastritis, la más grave de todas, y que determina una caquexia absolutamente análoga á la del cáncer; es la gastritis atrófica.

La caquexia no es absolutamente constante; no existe sino en 98 por ciento de los casos según Brinton; se acentúa sobre todo en el cáncer del píloro por razones fáciles de comprender. El tinte pajizo no es constante, pero su existencia constituye una fuerte presunción en favor del

cáncer y es á veces el único indicio del cáncer latente; mas no es raro observar solamente una palidez mate de la cara, en el cáncer precoz.

La piel está seca, arrugada, floja; es á veces el sitio de comezones repetidas; la albúmina de la orina podría hacer creer en el mal de Brigth.

Se observa habitualmente una diminución del peso que progresa hasta la muerte; sin embargo, esto no es constante, y se ven enfermos que después de haber enflaquecido mucho, recobran sus fuerzas y aumentan de peso. Eichhorst ha visto notables aumentos de peso, cuando el estómago del enfermo se somete á un lavado regular y se prescribe un régimen conveniente.

En suma, cuando el diagnóstico del cáncer se apoye en datos serios, será preciso no reformarlos porque se vea que el enfermo recobra las fuerzas y aumenta de peso, porque esto no es excepcional.

Pueden observarse, de tiempo en tiempo, movimientos febriles en el curso del cáncer; tienen una marcha irregular y no revisten ningún tipo. Algunas veces se deben á una enfermedad intercurrente, como una tuberculosis pulmonar; pero pueden presentarse sin ninguna complicación y entonces dependen, tal vez, de nuevas infecciones que se producen al nivel del tumor ulceroso.

Como no hay costumbre de asociar las ideas de cáncer y fiebre, hay que tener presente esta nueva causa de error.

Indicaciones sacadas de la marcha de la enfermedad.

El cáncer del estómago no sigue una marcha invariable en todos los casos; los síntomas no siempre adquieren una gravedad gradualmente progresiva y se pueden á ve-

ces presenciar alternativas de agravación y mejoría, que pueden hacer creer en una gastritis crónica.

A veces las remisiones pueden atribuirse al tratamiento: el lavado del estómago determina muchas veces una mejoría que suele ser muy rápida, porque suprime una fuente de auto-infección.

No debe darse mucha fe á la duración más ó menos larga de la enfermedad, ni tomar al pie de la letra, las indicaciones de los autores clásicos, pues aunque sus estadísticas dan una duración media de quince meses, y una máxima de treinta y seis, no siempre está esto conforme con los hechos. A veces hace su evolución en tres ó cuatro meses, como en los casos precoces; á veces su duración se alarga mucho, y ya hemos visto que hay casos en que ha durado quince años y aun más; aunque respecto de esto ya indicamos en la pág. 21 la opinión de Rosenhein. Se sabe que el cáncer se instala fácilmente en los dispépticos y así no se puede apreciar con precisión su principio; además esta dispepsia hace que no se conozca el cáncer hasta el fin, porque el médico se habitúa á su diagnóstico y no piensa en modificarlo.

EXAMEN CRITICO DE LOS SIGNOS NUEVOS.

A.—Adenopatías á distancia.

La propagación del cáncer á los ganglios linfáticos próximos, se conoce desde hace mucho tiempo, tanto en los externos como en los viscerales; pero no sucedía lo mismo con la propagación á los ganglios distantes. Virchow fué el primero que llamó la atención sobre esto. Henoch

insistió sobre la importancia de este signo: "el diagnósti-"co, dice él, se hace más probable cuando se encuentran "ganglios degenerados arriba de la clavícula." La cuestión había quedado olvidada, cuando Troisier comunicó un nuevo caso á la Sociedad de los Hospitales (1886): Troisier sienta, como principio, que la adenopatía á distancia puede aparecer en el curso de todo cáncer del abdomen, pero que es más frecuente en el del estómago (14 veces en 27 casos).

Los ganglios supraclaviculares están siempre interesados; pero se puede igualmente observar la invasión de los ganglios axilares é inguinales (5 veces en 27 casos). Se ha señalado la mayor frecuencia en el lado izquierdo, sin que se comprenda la razón.

Esta adenopatía está constituída por uno ó muchos ganglios que se sitúan en el triángulo supraclavicular, inmediatamente arriba del tercio medio de la clavícula, se les encuentra á menudo entre los dos haces del esterno-cleido-mastoideo y sobre el borde posterior del trapecio: es más común encontrar un tumor principal, que corresponde al hueco supraclavicular propiamente dicho.

Los ganglios interesados pueden quedar aislados entre sí, ó formar una sola masa; su volumen varía desde el de una lenteja hasta el de una avellana ó algo más; son movibles sobre las partes subyacentes y no adhieren á la piel. Su dureza es característica; á menudo, en efecto, tienen la consistencia de la piedra, y este endurecimiento depende de que la infección es precedida de esclerosis, y después, á expensas de este tejido, como dice Cornil, se forman los alveolos del carcinoma ganglionar.

Estos ganglios son con frecuencia ignorados, porque son indolentes y muy rara vez dan lugar á accidentes de compresión. Habitualmente la generalización ganglionar se manifiesta en el último período del cáncer; pero algu-

nas veces es precoz, y se ha observado 5, 6 meses, ó aun 2 años antes de la muerte: en estas condiciones puede ser un elemento precioso de diagnóstico, si se reconoce la naturaleza cancerosa de la adenopatía, lo que no es muy fácil, porque hay *cuatro causas* de *adenopatías externas* que son: el cáncer, la adenia con ó sin leucemia, la tuberculosis y la sífilis.

La diátesis linfógena es en general fácil de reconocer; pero en algunos casos también el cáncer se acompaña de leucocitosis, y así, la presencia de ganglios hipertrofiados coincidiendo con aumento en el número de los glóbulos blancos, puede inducir á error.

Las adenitis sifilíticas son de un diagnóstico fácil, por lo menos las del período secundario; pero no sucede lo mismo con las del período terciario, porque en este caso puede haber, en un hombre de edad madura, palidez, enflaquecimiento y algo de caquexia, juntamente con los ganglios endurecidos é hipertrofiados, y solo por la presencia de cicatrices específicas y los conmemorativos, puede reconocerse la naturaleza de estos accidentes.

La tuberculosis ganglionar afecta en algunos casos una marcha anómala; los ganglios de muchos territorios, lejanos unos de otros, invadidos á un mismo tiempo, pueden quedar estacionarios é indolentes un largo período, y así se comprende que se puedan confundír con las adenitis del cáncer.

En resumen, la investigación de las adenitis externas, axilares, supraclaviculares é inguinales, se deberá hacer con mucho cuidado en los casos dudosos, y la adenitis debe figurar entre los signos de cáncer del estómago, aunque no debe darse exagerada importancia á este signo nuevo, porque es relativamente raro. Adviértase no obstante que los hechos van pareciendo más numerosos, á medida que más se fija en este signo la atención. Este signo

tiene el inconveniente de aparecer en un período en que la evolución del cáncer está muy avanzada, y entonces ya poco sirve para el diagnóstico, y además, aun confirmada su naturaleza cancerosa (por exclusión), no es peculiar al cáncer del estómago, sino que puede pertenecer á cualquiera otro cáncer visceral; es un signo habitual de cáncer del exófago, y del pulmón, y así, antes de pensar en el del estómago, se deberán eliminar estas dos causas de adenopatía; también debe examinarse el estado del hígado, útero, etc., y en general, como las adenitis externas pertenecen á muchas causas, es preciso eliminarlas todas, lo que no siempre es fácil.

B.—Análisis del jugo gástrico.

I. Van den Velden fué el primero que investigó si había alteración de la secreción del jugo gástrico en el cáncer del estómago; estudió enfermos con dilatación simple y sintomática, y notó que la ausencia del ácido clorhídrico es frecuente en la primera; pero que allí es pasajera, mientras que es constante en la dilatación cancerosa.

Este descubrimiento fué inmediatamente confirmado por distintos observadores, principalmente por Riegel, que demostró que no es necesario que el cáncer se acompañe de dilatación para que falte el ácido clorhídrico, y se citaron casos en que la falta de ácido permitió establecer un diagnóstico hasta entonces dudoso, y otros en que la presencia del ácido libre, permitió excluir el cáncer que parecía evidente.

Con esto se creyó que se había llegado á poseer un medio de diagnóstico infalible, cuando por diversos lados comenzaron á surgir observaciones contrarias. Se anunció

que el ácido clorhídrico podía faltar en enfermedades distintas del cáncer: ciertas gastritis crónicas, algunas neurosis estomacales, las afecciones febriles; por otra parte se presentaron casos averiguados de cáncer, en que no había faltado el ácido clorhídrico. Resultados tan contradictorios, obtenidos por observadores igualmente dignos de fe, hicieron que se buscara la causa de la diferencia. Se acusaron de ella los medios empleados; en efecto, los reactivos de color derivados de la anilina que se comenzaron á usar, si son muy sensibles á la acción de los ácidos minerales, lo son también á la del ácido láctico cuando su cantidad aumenta un poco: pues bien, el jugo gástrico de los cancerosos contiene á menudo grandes cantidades de ácido láctico. que proviene de las fermentaciones anómalas que se verifican en el estómago.

Hoy se posee un reactivo, la floroglucina vainillada ó reactivo de *Gunsburg*[1] que es sensible al ácido clorhídrico hasta $\frac{1}{20}$ por 1,000, ó sea $\frac{1}{20,000}$ y no lo es á los ácidos orgánicos, de modo que esa causa de error está evitada; pero queda otra común á todos los reactivos de color, y es, que en presencia de ciertas sustancias, no son aptos para revelar el ácido: entre estas se encuentran las sustancias albuminoides disueltas, las peptonas, y pronto veremos que en el cáncer del estómago existen casi siempre en gran cantidad. Para evitar la acción de las peptonas se ha recurrido á la diálisis que permite el paso del ácido clorhídrico mucho más fácilmente que el de las peptonas, aunque estas

1 Floroglucina.. 2 gramos.
Vainillina.. 1 ,,
Alcohol á 80°..100 ,,

forma una solución de un amarillo rojizo.

Se ponen diez gotas del jugo gástrico que se va á examinar, en una cápsula de porcelana, y se le añaden tres ó cuatro del reactivo; se calienta ligeramente la mezcla sin pasar de 40°, y si hay ácido clorhídrico libre, se forma en rededor del líquido, un anillo de color rojo cinabrio.—La floroglucina es un trifenol de la benzina ($C^6H^6O^3$) que se obtiene por la acción de la potasa caústica sobre la floretina, la quercetina ó el quino (Wurtz. Diccion. de quím.) La vainillina es el principio oloroso de la vainilla.

también tienen una buena capacidad para dialisar. El ácido clorhídrico pasa en la primera media hora, y va aumentando en el líquido exterior, hasta las dos ó tres horas en que la reacción presenta su máximum; entonces comienza el paso de las peptonas que aumenta hasta las diez ó doce horas y las reacciones se van debilitando hasta desaparecer.

Por los últimos estudios que se han hecho, se sabe que el cáncer no produce necesaria y directamente la desaparición del ácido clorhídrico, pues aun hay casos en que su cantidad aumenta; así, podemos dividir los cánceres del estómago en tres categorías: la de los casos en que falta, la de aquellos en que existe en pequeña cantidad ó en cantidad normal, y la de los casos en que se encuentra en exceso.

Las observaciones de falta de ácido son mucho más numerosas, y así la regla general, sentada por Riegel, es cierta: *El ácido clorhídrico falta ordinariamente en el cáncer del estómago.*

La desaparición del ácido clorhídrico, depende de las lesiones degenerativas de la mucosa, que acompañan con frecuencia al cáncer; pero que no son peculiares á él, y así se explica que haya otras afecciones en que falta, y que haya casos de cáncer en que se conserve. Otras causas accesorias pueden producirla como el exceso de mucus y las sustancias albuminoides.

M. G. Lyon trae como resumen las siguientes conclusiones:

1ª El ácido clorhídrico falta habitualmente en el cáncer; sin embargo, su ausencia no es constante y aun se puede excepcionalmente observar una acidez normal ó una hiper-acidez.

2ª La ausencia del ácido clorhídrico pertenece á un período avanzado del cáncer.

3ª Parece debida á las lesiones degenerativas de la mu-

cosa. Tal vez hay otras causas accesorias, como la neutralización por el mucus y la combinación con ciertas sustancias albuminoides.

4ª La ausencia de ácido clorhídrico puede encontrarse en otras afecciones distintas del cáncer y por lo mismo no es patognomónica. Se le puede, en efecto, notar en los estados febriles, en ciertas dilataciones del estómago, en las gastritis degenerativas y aun en las dispepsias nerviosas, sin substratum anatómico, etc.

5ª A pesar de estas restricciones, el análisis del jugo gástrico se impone en todos los casos en que el diagnóstico es dudoso.

II. El jugo gástrico presenta otras alteraciones correlativas que traducen como la precedente, la destrucción de la mucosa gástrica.

La pepsina falta más rara vez; se pueden á menudo obtener digestiones artificiales por la adición de ácido clorhídrico al jugo gástrico; pero son generalmente retardadas; en fin, en ciertos casos, en el período último, las digestiones artificiales no pueden hacerse ni por la adición de ácido clorhídrico.

En un caso citado por G. Lyon en que M. Guyon recogió el jugo gástrico tres días antes de la muerte, faltaba por completo la pepsina.

El fermento lab. (cuajo), que tiene la propiedad de precipitar la caseina, es el que más rara vez desaparece en las afecciones del estómago; sólo se nota su desaparición en el último periodo de la gastritis degenerativa y del cáncer; esta desaparición coincide con la del ácido clorhídrico, pero no le está subordinada.

A pesar de la diminución ó ausencia del ácido clorhídrico se encuentran casi siempre peptonas en el jugo gástrico y muchas veces en cantidad notable; la digestión se ha efectuado por los ácidos de la fermentación gástrica

(ac. láctico); su aparente abundancia depende ó de la falta de absorción por la mucosa, ó de su acumulación por el obstáculo en el píloro.

La absorción está disminuída y se demuestra haciendo ingerir al enfermo, cápsulas con yoduro de potasio y notando el tiempo en que aparece en la saliva; al estado normal bastan 6 á 10 minutos para que aparezca, mientras en el cáncer se necesitan de 15 á 20 y aun se cita un caso observado por Eichhorst, en que á los 90 minutos no aparecía yoduro en la saliva.

III. El examen microscópico del contenido estomacal, ha sido sobre todo preconizado por Leube y más recientemente por Rosenbach; tres veces ha permitido á este último afirmar el cáncer, cuando no se podía notar tumor á la palpación. Se encuentra en el residuo que queda sobre el papel filtro, células cancerosas, fibras musculares y granos de almidón; pero sobre todo sarcinas, células de levadura y diversas bactérias; en suma, aparte de las células de cáncer que no son constantes, se encuentran los mismos elementos que en las dilataciones gástricas no cancerosas, y el examen microscópico no es por esto muy útil al diagnóstico.

C.—Examen de las orinas.

Las variaciones de composición de la orina, son la consecuencia del trastorno en la nutrición general, y no son exclusivas al cáncer: la urea, sin embargo, parece disminuir en él, y se citan casos de diagnóstico dudoso entre la úlcera y el cáncer, en que el exceso de urea ha permitido afirmar el diagnóstico de úlcera confirmado después por la autopsia; las peptonas aumentan también en la orina de los cancerosos, pero esta peptonuria es frecuente en las dilataciones del estómago.

D.—Examen microscópico de la sangre.

Este examen no ofrece nada especial.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Como hemos visto, el cáncer del estómago se presenta con caracteres tan distintos, que hacer de él un retrato es ardua empresa. Los síntomas más ostensibles no le pertenecen exclusivamente, lo que dificulta el diagnóstico y á veces, lo que es peor, casi no se revela, pues solo causa ligeras indisposiciones, ó no presenta ninguna y es un hallazgo de anfiteatro, ó toma un exacto parecido con otra afección distinta y esto más dificulta reconocerlo. Estas diferentes manifestaciones, justifican una distinción clínica entre los cánceres acompañados de manifestaciones claras y los cánceres latentes; estos últimos forman dos grupos: 1º, aquellos que no se manifiestan, ó si lo hacen son las perturbaciones tan ligeras que no tienen valor; 2º, los que toman el aspecto de otra afección. No consideraremos aquí los primeros porque como ya dijimos sólo se revelan en la plancha de un anfiteatro. En cuanto á los segundos, sólo el profundo conocimiento de las otras enfermedades con cuya máscara se presentan, podrá permitir alguna vez que se despierte una sospecha, lo que acaso no pasará de ahí. Como se comprende, el asunto es de una dificultad enorme, y así no causará admiración que se hayan engañado muchas veces hombres de la talla de Cruveilhier, Barth y Andral.

Los casos acompañados de manifestaciones claras, no por eso son fáciles; como ya hemos hecho notar, muchas

veces ejercitan la sagacidad del médico para burlarla después; pero aquí el campo es más reducido y con menos dificultades se le explora; la confusión se hace entre afecciones del mismo órgano y los síntomas, si no prestan apoyo al diagnóstico exacto, cuando menos pueden servir mucho para el pronóstico.

En su principio el cáncer del estómago se parece tanto á las gastritis catarrales crónicas, que puede preguntarse si sus síntomas son debidos á la gastritis concomitante, que la irritación del neoplasma produce; en efecto, entre las causas de gastritis se enumeran las irritaciones causadas por la úlcera y el cáncer. No obstante se han hecho valer las siguientes diferencias: la edad adulta de los enfermos, la larga duración de los accidentes, las remisiones casi completas, espontáneas ó debidas al tratamiento, hablan en favor de la gastritis. Si al contrario el enfermo ha llegado á la edad madura, si hay antecedentes en su familia, si los dolores persisten en el estado de vacuidad, si sobreviene el tinte amarillo paja de la diátesis cancerosa, hay muchas probabilidades de que sea una gastro–carcinosis. Los vómitos negros, hemorrágicos y la aparición del tumor en el epigastrio, hacen mayores las probabilidades.

La dispepsia, gastralgía y dilatación del estómago, son sindromas clínicos que á veces acompañan al cáncer y que, aunque á veces por no saberse su causa, hay que considerar como entidades morbosas distintas, no presentan en general caracteres tan claros que permitan, en justicia, hacer su diferenciación. Complican es cierto, y mucho, el diagnóstico del cáncer; pero en cambio prestan una ayuda muy valiosa para saber que el estómago padece, cuando son las únicas manifestaciones; porque hacen siquiera fijar la atención en el mal.

Las otras afecciones que, con el cáncer del estómago

tienen algunos puntos de contacto, han sido sucesivamente revisadas al hacer el examen crítico de los síntomas. Sólo nos falta establecer las diferencias que permiten distinguir el cáncer de la úlcera simple, y para que sean más apreciables, las pondremos en forma de cuadro.

ETIOLOGIA.

Cáncer.	Úlcera simple.
Muy oscura. Parece que se necesita cierta predisposición que á veces es hereditaria, y entonces las causas determinantes provocan su aparición. De éstas, las más eficaces, son las emociones morales depresivas, como los disgustos prolongados. Cualquiera irritación de la mucosa puede, al parecer, desempeñar el papel de causa determinante. A veces se desarrolla en los bordes de la úlcera simple, ó ambas existen á un tiempo y en puntos distintos. Es muy común entre 35 y 60 años; pero cualquiera otra edad no la excluye, y ya vimos que se conocen casos de cáncer congénito.	El abuso de bebidas alcohólicas parece tener una influencia muy grande. Por lo que enseñan los últimos estudios, parece que el principio consiste en una perturbación circulatoria, de una porción limitada de la mucosa (éxtasis sanguíneo, hiperhemia, trombosis ó embolia), que debilita y disminuye su vitalidad, hasta el punto de que el jugo gástrico la corroe, y así tiene estrechas relaciones con la dispepsia ácida ó hiperclorhidria. La debilidad innata ó adquirida, como la de la tuberculosis y el estado puerperal, son causas predisponentes. Aumenta con la edad.

SINTOMAS.

Cáncer.	Úlcera simple.
Principio oscuro y poco significativo. Consiste en perturbaciones dispépsicas variadas: el apetito está disminuído, y la carne es motivo especial de repugnancia para el enfermo. Después de algún tiempo, el mal se caracteriza por los síntomas siguientes: dolor, vómitos, tumor epigástrico y caquexia, á los que hay que agregar e infarto ganglionar á distancia y la anaclorhidria, dándoles el valor ya indicado.	Principio variable. A veces no existen prodromos; pero habitualmente principia por perturbaciones dispépsicas variadas (casi siempre dispepsia ácida). El apetito suele estar aumentado, y cuando hay gastrosucorrea, experimenta el enfermo vivos deseos de comer carne. Después se caracteriza por los síntomas clásicos: dolor y vómitos, añadiendo que la hiperclorhidria es muy común.

Dolor.

Cáncer.	Úlcera simple.
Variable en intensidad; aunque continuo sobre todo en los últimos tiempos; rara vez presenta el carácter paroxístico que tiene en la úlcera simple.	Comunmente vivo y quemante, es continuo y ofrece exacerbaciones después de las comidas. Los alimentos difíciles de digerir lo aumentan.

Vómitos sanguíneos.

Cáncer.	Úlcera simple.
Son por lo común escasos, oscuros (como polvo de café) desleído en un líquido, y muy pocas veces abundantes y rojos.	Por lo común abundantes y rojos; á veces son el síntoma inicial, y muy pocas veces ofrecen el aspecto que en el cáncer.

Tumor epigástrico.

Cáncer.	Úlcera simple.
Cuando es perceptible, es un buen signo de cáncer, aunque no es exclusivo á él.	No existe; pero se han encontrado los bordes de la úlcera, duros y callosos

Caquexia.

Es consecuencia, tanto de la mala nutrición, como del neoplasma mismo, y produce un tinte pajizo especial.	Las hemorragias por un lado, y, por otro el mal estado de la digestión, producen cierto grado de caquexia.

MARCHA.

Generalmente continua, conduce á la muerte en poco tiempo. El tratamiento puede conjurar algunos síntomas, como los dispépsicos; pero no ejerce ninguna acción sobre el mal mismo, que irremisiblemente causa la muerte.	Puede ofrecer períodos de alivio, y cuando no hay complicaciones mortales, sólo causa la muerte después de de largo tiempo, por el debilitamiento gradual. El tratamiento puede producir la curación de la úlcera.

***

Como ya vimos, el cáncer puede suceder á la úlcera simple y entonces, dice Rosenhein, la hiperclorhidria persiste más ó menos tiempo, causa los dolores en broche,

y favorece la digestión lo que hace conservarse el apetito y que no repugne la carne, y se puedan producir grandes vómitos de sangre pura; en pocas palabras, que existan los síntomas de la úlcera acompañando al cáncer, porque ambas afecciones se combinan. Estos casos son de un diagnóstico muy difícil, y cuando el cáncer se acentúa por la desaparición de los síntomas de la hiperclorhidria, desaparición que puede ser la consecuencia de la atrofia de la mucosa ó de la anemia caquéctica; se puede atribuir á él, todo el cuadro sintomático del principio, y esto expiicaría según opina el mismo autor, que se haya creído en la existencia de cánceres de larga duración: la marcha continua y más ó menos rápida, que tiene el cáncer siempre que es visible, milita en favor de esta opinión.

Por el examen que hemos hecho de los síntomas, vemos que ni el cuadro de los signos clásicos ofrece una base sólida para el diagnóstico, y sólo teniendo á la vista las lesiones podría tenerse alguna seguridad: tal vez se consiguiera esto con el empleo del Poliscopio, y si sólo incidentalmente tocamos este punto, es por no saber si en este diagnóstico ha servido de algo el mencionado aparato; pero creemos que en cuestión de tanta importancia, aunque sea por no omitir nada, debe procurarse hacer esta exploración que ofrece, á lo menos en apariencia, muchas probabilidades de éxito.

***

No terminaré, sin hacer presente al I. Jurado, mi grande pena por el escaso mérito de este trabajo, y no por el asunto de que trata, sino por la manera de presentarlo. Mucho deseo tuve de reunir algunos hechos que sirvieran de corfirmación á cualquiera de los puntos aquí estu-

diados; pero, no diré ya la falta de tiempo, sino mi poca competencia, me impidió realizarlo. Hice cuanto pude por cumplir con un deber ineludible, y esto dispondrá, en mi concepto, á mis I. Jueces, á usar de indulgencia con él.

México, Agosto de 1890.

Antonio M. Ruíz.

